

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

11

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges LEPLAT

Externe des Hôpitaux de Paris

LES ÉPISODES MALINS

AU COURS DE LA ROUGEOLE

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine. 15

1922

11

THESE

LA FACULTÉ DE LA MÉDECINE

GEORGES LEBLAT

CHIRURGIEN DE LA FACULTÉ

LES ÉPIDÉMIES MALIENNES

AT COURS DE LA FACULTÉ

PARIS, 1884

PARIS

ÉDITIONS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

10, rue de la Harpe

10, rue de la Harpe

10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges LEPLAT

Externe des Hôpitaux de Paris

LES ÉPISODES MALINS

AU COURS DE LA ROUGEOLE

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABRÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Docteur MACÉ

Accoucheur de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

M. le Professeur GILBERT

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu

M. le Professeur agrégé M. VILLARET

Médecin de l'Hôpital Sainte-Périne

M. le Docteur APERT

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

M. le Professeur agrégé AUVRAY

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. DARRÉ

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous inspirer ce
travail, et nous aider de ses conseils,
nos plus vifs remerciements et l'ex-
pression de toute notre reconnais-
sance.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur NOBÉCOURT

Professeur de Clinique médicale infantile
à l'Hôpital des Enfants-Malades

*Qui nous fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse, nous
adressons nos hommages respectueux
et nos sincères remerciements.*

LES ÉPISODES MALINS

AU COURS DE LA ROUGEOLE

I. — INTRODUCTION

Il n'est pas exceptionnel d'observer au cours d'une rougeole banale, d'intensité moyenne, des aggravations brusques, subites, survenant inopinément. Elles effraient par l'intensité des phénomènes un entourage qui, confiant dans un début normal, attendait une évolution banale. Dès lors, on a sous les yeux le tableau d'une rougeole maligne. Aucun organe ne porte de localisation : en particulier, rien aux poumons. Cet aspect de la maladie dure un temps variable, court dans tous les cas. Après quoi, brusquement, les symptômes graves tournent court et disparaissent comme ils sont venus. La rougeole reprend l'évolution normale qu'elle avait au début, et la guérison survient.

Dans un article récent, le D^r H. Darré a donné une description d'ensemble de ces faits qu'il a proposé d'étudier sous le nom d'*épisodes malins au cours de la rougeole*. On peut en rassembler un certain nombre d'observations éparses dans la littérature médicale. Peu d'ouvrages classiques en font mention. Pourtant la connaissance de ces cas est d'un intérêt particulier pour le praticien. Il importe en effet de savoir distin-

guer ces épisodes malins, curables, des formes malignes presque toujours mortelles.

Il nous a paru utile de faire précéder l'étude des épisodes malins de celle des formes malignes de la rougeole. Ceci nous permettra en les comparant, d'en mieux faire ressortir à la fois les analogies et les différences.

II. — FORMES MALIGNES DE LA ROUGEOLE

Les formes malignes de la rougeole sont des formes caractérisées essentiellement par l'existence du syndrome malin au cours de leur évolution. Ce sont des formes graves par elle-même, toutes différentes des formes compliquées : elles portent en elles leur gravité.

Ces formes malignes surviennent de préférence chez des sujets prédisposés par une lésion antérieure d'un organe, soit que cette lésion ait été acquise (syphilis, tuberculose, hépatiques, cachectiques, etc...), soit que cette lésion existe héréditairement (débilité rénale, sur-rénale, endocrinienne, vago-sympathique...) En ce cas la malignité est due au terrain prédisposé qui ne résiste pas à un germe de virulence moyenne. Elle peut encore être due au génie épidémique des anciens auteurs, à une virulence extrême du germe qui terrasse les sujets même robustes, non affaiblis par les méiopragies fonctionnelles héréditaires ou acquises déjà signalées.

Caractères cliniques communs. — Toute rougeole maligne se distingue par des caractères cliniques communs : en premier lieu, la présence d'un syndrome malin, — et au second plan, les caractères spéciaux de l'éruption.

Le *syndrome malin* se rencontre dans toutes les formes cliniques malignes. Il se caractérise par l'intensité des phénomènes généraux. L'hyperthermie peut atteindre 40, 41 degrés et davantage. Le pouls est extrêmement rapide, battant à 140, 160 pulsations ; la

tension artérielle est très abaissée, la pression mx au-dessous de 10, la pression mn inférieure à 6. Les urines sont rares et l'oligurie peut aller jusqu'à l'anurie. La respiration est accélérée, indépendamment de toute complication pulmonaire: c'est une dyspnée toxique, dyspnée bulbaire, *sine materia*. Enfin le syndrome malin s'accompagne de tout le cortège des symptômes nerveux, symptômes d'adynamie (prostration, état typhoïde...), symptômes d'ataxie (agitation, délire...)

L'éruption morbilleuse dans toutes les formes malignes de la rougeole, est peu intense; c'est là le second caractère clinique commun aux formes malignes. L'exanthème sort mal, ne vient pas à son heure: les éléments sont pâles, peu abondants. Si la rougeole acquiert secondairement sa malignité, l'éruption bien sortie, tend à « rentrer » et s'atténue jusqu'à s'effacer.

Formes cliniques. — Suivant le moment d'apparition du syndrome malin à la période d'invasion ou plus tardivement, on distingue des formes malignes d'emblée ou des formes malignes tardives.

Suivant la prédominance des symptômes, on distingue trois formes qui sont décrites classiquement, la forme ataxo-adynamique, la forme hémorragique et la forme suffocante.

I. Forme ataxo-adynamique. — Elle se caractérise par l'existence de tous les signes du syndrome malin auxquels s'ajoute la prédominance des accidents nerveux. Parmi ces symptômes nerveux, il faut surtout noter l'existence du délire à cause de son importance diagnostique et pronostique: délire intense, continu, délire de parole et d'action, délire violent. La céphalée est extrême. Il s'y joint tous les signes d'ataxie (contractures, convulsions, soubresauts des tendons, carphologie). Les symptômes adynamiques existent avec les symptômes ataxiques: le malade est abattu, prostré,

dans un véritable état typhoïde. Ces deux ordres de signes, d'excitation ou de dépression, s'associent, prédominent ou alternent suivant les cas.

Les symptômes nerveux ataxo-adyamiques dominent le tableau de cette forme. L'hyperthermie se maintient à 40 degrés ; le pouls est extrêmement rapide et petit. Les urines sont rares, les lèvres fuligineuses, la langue sèche. On ne peut méconnaître la gravité : le pouls s'affaiblit, l'hypotension est considérable, les extrémités se refroidissent, le malade se cyanose et tend de plus en plus au collapsus avec anurie. Il succombe en cinq ou six jours dans le coma, quand il ne meurt pas subitement par syncope par atteinte du système sympathique. Exceptionnellement, la terminaison est favorable.

II. Forme hémorragique. — C'est la rougeole noire de Willan. Niée par certains auteurs, mise en doute par d'autres, on ne la voit plus guère aujourd'hui. Elle tient de la forme précédente l'intensité des phénomènes nerveux et la gravité des phénomènes généraux. Il s'y ajoute une éruption hémorragique.

L'éruption est mal sortie : elle reste pâle, quand l'aggravation survient. Alors, on voit apparaître, non seulement au niveau des taches morbillieuses, mais entre celle-ci (ce qui la différencie de la rougeole ecchymotique), des pétéchies, des ecchymoses de dimensions variables. Ou bien dans un second cas, la rougeole est hémorragique d'emblée, dès le début de l'éruption. Mais qu'elle ait débuté de l'une ou de l'autre façon, des hémorragies apparaissent : épistaxis, hématuries, métrorragies, melæna...

La terminaison est fatale. La mort survient dans l'adynamie, mais assez souvent aussi de façon foudroyante.

III. — Forme suffocante (ou forme dyspnéique). — Cette forme, la moins exceptionnelle, a

été appelée à tort « rougeole des bronches », « bronchite capillaire épidémique de Laveran ». La dyspnée extrêmement vive, suffocante, fait penser à une granulie pulmonaire, à une bronchite capillaire. Mais la rougeole suffocante est essentiellement différente : ici, les phénomènes d'auscultation, s'ils ne sont pas muets, sont minimes, incapables d'expliquer une dyspnée de pareille intensité. On trouve une sonorité exagérée, de la diminution du murmure vésiculaire, avec quelques râles cà et là. Ce n'est pas l'atteinte des bronches ou du parenchyme pulmonaire qui provoque semblable dyspnée : c'est une dyspnée toxique, sans doute d'origine bulbaire, qui individualise cette forme nettement distincte de toute complication broncho-pulmonaire.

A la dyspnée, signe capital, se joignent les autres signes malins qui existent aussi dans cette forme : hyperthermie, tachycardie avec hypotension artérielle, oligurie. Cependant les signes nerveux sont un peu effacés.

Les mouvements respiratoires se précipitent : 60, 80 respirations par minute. Le malade asphyxie, se cyanose. Quoique cette forme puisse guérir, rarement la détente se produit. Vers le cinquième ou le sixième jour, la mort arrive généralement, résultat soit d'une syncope, soit de l'asphyxie progressive.

III. — EPISODES MALINS

Les épisodes malins au cours de la rougeole sont bien différents des formes malignes. Le peu qui en a été dit dès le début de cette étude, pourrait déjà faire ressortir les différences. Pourtant si ces crises malignes sont connues, peu de classiques en parlent : le médecin apprend à les connaître au lit du malade. En 1889, à la séance de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, le 20 juin, à la suite d'une observation de rougeole maligne traitée et guérie par les bains froids, observation relatée par Dieulafoy, Huchard fait observer que le succès thérapeutique de la balnéation froide n'est peut-être qu'apparent. « Le pronostic n'était pas en réalité aussi sombre qu'il le semblait. Il y a des accidents pseudo-graves de la rougeole. » Et Henri Huchard relate alors comment il fit, sept ou huit années auparavant, la même erreur de pronostic que Dieulafoy aujourd'hui. C'est Millard, appelé auprès d'une malade dont l'état semblait désespéré à H. Huchard, qui, en portant un pronostic moins sombre, lui apprit qu'il avait déjà vu, dans sa pratique, des rougeoles malignes en apparence et qui pourtant guérissaient.

Dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé d'auteurs plus anciens que Millard et Huchard individualisant les épisodes malins de la rougeole. Comby effleure le sujet en disant : « Parfois, en dehors de toute complication broncho-pulmonaire, on assiste à des poussées thermiques inopinées, ou même à des

états pyrétiques plus ou moins durables qui témoignent d'une reviviscence de la toxi-infection morbilleuse ou de la prolongation de ses effets. » Et l'auteur cite deux cas d'hyperthermie au cours de la rougeole, cas rapportés par MM. Oddo et Sauvan et par Taillens. Nous étudierons plus tard ces deux observations. Mais nous pouvons déjà dire que l'hyperthermie simple n'est qu'un aspect de la question des épisodes malins : il existe à côté de ces cas simplement hyperpyrétiques, des formes ataxo-adiynamiques, des formes avec collapsus, des formes suffocantes.

Que sont au fond ces épisodes malins ? Ainsi que son nom l'indique, l'épisode malin n'occupe pas toute la durée de la rougeole. Il n'occupe qu'une période de la maladie qui, d'abord normale et bénigne, prend soudain l'allure maligne caractérisée, pendant un temps variable mais court. Dans une rougeole ayant débuté normalement, tout à coup les symptômes graves apparaissent ; brusquement, l'enfant, qu'on avait laissé en bonne évolution vers la guérison, est retrouvé dans un état rappelant les pires formes de la rougeole. Le médecin pense avec juste raison à une forme maligne. Aucun signe de localisation dans un organe qui puisse expliquer pareille crise : rien aux poumons, rien aux oreilles, rien nulle part. Pourtant malgré la sombre impression de l'entourage, malgré les apparences trompeuses d'une rougeole maligne et les justes raisons de craindre une issue fatale, le médecin qui, espérant un épisode malin, avait réservé son pronostic, a la satisfaction de voir s'évanouir le cortège de symptômes graves. En quelques heures, la malignité s'épuise. Les symptômes ataxo-adiynamiques s'atténuent, la dyspnée s'apaise, l'état général redevient bon. La fin survient brusquement, brutalement comme l'aggravation avait elle-même apparue. La maladie reprend son cours

normal vers la guérison : l'épisode malin s'est greffé sur une rougeole banale. C'est une forme maligne avortée.

Ces accidents sont-ils *fréquents* ? Si on s'en tenait à ce qu'en disent les auteurs classiques, on serait tenté de croire qu'ils sont très rares. En fouillant la littérature médicale nous n'avons pu en recueillir que 7 observations. Le Dr Darré, parmi les rougeoleux qu'il a soignés, a pu en observer 5 cas. En réalité, il semble bien que, dans la pratique courante, on ait à observer des épisodes malins plus souvent que ne sembleraient l'indiquer les faits publiés. Mais ils ne sont pas relatés, ou bien passent inaperçus, confondus avec les formes malignes. Ce sont eux qui, s'ils laissent l'amertume d'une erreur de pronostic, procurent au moins la joie d'une guérison inespérée.

Nous faisons suivre ici l'exposé de 12 observations, dont 5 sont dues au Dr Darré qui a bien voulu nous les communiquer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Dieulafoy)

Traitement de la rougeole maligne par les bains froids

Une jeune fille de 16 ans et demi fut prise récemment de rougeole paraissant normale au début. Après une période d'invasion régulière, l'éruption se montra le cinquième jour, et à cette époque la fièvre était modérée et l'état général satisfaisant. Le sixième jour, l'aspect de la maladie changea complètement : la température s'éleva, le pouls monta à 130, 140 pulsations par minute, la langue devint sèche et rôtie, les urines diminuèrent de quantité et le délire apparut. En quelques heures la rougeole était devenue maligne. Le septième jour, après une nuit d'insomnie, cet état n'avait fait que s'aggraver, et le huitième jour, je fus appelé en consultation pour voir la malade. A ce moment l'éruption n'existait plus qu'à l'état de vestige. La température était de 40°9, le pouls très accéléré était irrégulier et intermittent ; le cœur était en collapsus ; les urines presque totalement supprimées, et la prostration et l'angoisse étaient fort accusées. En un mot la situation me parut si grave à midi, que je ne croyais pas que la malade pourrait passer la nuit. J'ajoute que je ne constatais ni broncho-pneumonie, ni gangrène, ni suppuration, en un mot, aucune infection secondaire.

En présence de cette situation, et bien que les règles se fussent montrées à l'état d'ébauche depuis deux jours, je proposais de plonger la malade dans un bain froid... Bain à 24 degrés pendant un quart d'heure.

Après le bain, la malade s'endormit d'un sommeil calme et ne se réveilla que pour rendre une urine claire et abondante.

Un deuxième bain fut donné à minuit ; un troisième, à 3 heures du matin ; la température ne marquait déjà plus que 39 degrés et le lendemain à 8 heures, elle ne dépassait pas 38°6.

Le deuxième jour, la température ne remonta pas, les symptômes graves s'amendèrent. Je prescrivis encore 4 bains et le lendemain, onzième jour, la température était à 37 degrés. L'état général était très satisfaisant, la malade demandait à manger et tout danger était désormais écarté.

Voilà donc un cas de rougeole hypertoxique, devenue maligne seulement après quelques jours, comme c'est la règle dans cette maladie, et guérie par la balnéation froide.

OBSERVATION II (Dieulafoy)

Nouveau cas de rougeole maligne traitée par les bains froids

Une enfant de 10 ans, bien constituée, très développée pour son âge présente le 9 mai quelques rougeurs sur la face. Mon ami, le Dr Blache, appelé auprès de l'enfant, constate une éruption morbilliforme; le catarrhe des muqueuses est à peine ébauché. Cette éruption évolue régulièrement sans aucun incident pendant deux ou trois jours et s'efface du 13 au 14 mai.

Le 16 mai, purgatif léger. M. Blache permet à l'enfant de se lever et de circuler dans la maison. Il se demande, vu la bénignité des symptômes et leur fugacité, si l'enfant n'a pas eu une roséole.

Le 18, dans la soirée, l'enfant est reprise de toux, de malaise, et le lendemain, 19 mai, M. Blache constate du catarrhe laryngé avec enrouement, du catarrhe bronchique avec râles sibilants disséminés et une vive rougeur de la gorge et du pharynx.

Le 20, 21, 22, le catarrhe oculaire apparaît, la fièvre est légère, la petite malade garde le lit.

Le 23 mai, apparition d'une éruption morbillieuse sur le corps; la fièvre jusque-là insignifiante, prend rapidement une forte intensité, la température atteint 40 degrés à midi, 39°6 à 5 heures du soir, 39°8 à 9 heures. Le pouls monte à 124 pulsations, la respiration est courte et fréquente. La situation empire rapidement, la dyspnée est croissante, l'enfant est en proie à des alternatives d'agitation et de somnolence, les urines se suppriment presque, la rougeole revêt la forme ataxo-adyna-

mique. Le D^r Dorecq appelé pëndant la nuit, constate l'état alarmant de la petite malade, prescrit des ventouses sèches et un lavement purgatif.

Le lendemain, 24 mai à midi, je constate tous les symptômes d'une rougeole maligne : éruption généralisée, face rouge et tuméfiée, agitation, anxiété respiratoire, 80 respirations par minute, fièvre violente, 40 degrés de température, 140 pulsations, suppression presque complète des urines. L'auscultation fait percevoir des râles bronchiques. Toutefois ce catarrhe peu intense ne peut expliquer à lui seul l'état de la malade ; il s'agit d'un état toxique infectieux, et le pronostic nous paraît des plus graves.

... Nous proposons des bains froids...

Après le premier bain (25 degrés), une heure après, la température s'était abaissée à 39°5. Légère amélioration qui ne se maintient pas. La température remonte à 40 degrés : agitation et dyspnée reparaissent successivement ; on donne un deuxième et un troisième bain. Le soir, à 10 h. 30, la situation est loin de s'améliorer, les râles sont plus nombreux et plus fins dans le côté droit de la poitrine, et nous nous demandons si le catarrhe bronchique ne va pas se compliquer de broncho-pneumonie.

A 2 heures du matin (25 mai) la température étant à 40 degrés on donne un quatrième bain à 23 degrés de un quart d'heure de durée. A dater de ce bain, l'amélioration se déclare, la petite malade s'endort, la peau devient humide, la respiration est un peu moins fréquente, les urines reparaissent.

On donne encore trois bains, et l'amélioration continue franchement. Le lendemain (26 mai) la desquamation commence l'enfant est guérie.

OBSERVATION III (Thomas)

Notes sur la rougeole à forme dyspnéique

Enfant K..., 2 ans, sans antécédents particuliers, robuste, a été nourrie au sein ; tombe malade le 6 février 1890. Elle avait été éloignée de la maison paternelle, son frère aîné ayant eu la rougeole dans la seconde quinzaine de janvier. Le 7 au matin, par un froid vif, la mère ramène la petite fille chez elle, lui faisant faire ainsi un trajet d'un quart d'heure ayant déjà de

la fièvre, et la face couverte de l'éruption morbillieuse. Je la vois le même jour à midi : l'éruption commence sur le corps, la fièvre est moyenne, la toux modérée, mais je suis déjà frappé d'un certain degré de dyspnée nullement en rapport avec les phénomènes d'auscultation (quelques râles de bronchite disséminés).

Le soir, le père vient me chercher en toute hâte ; l'enfant étouffe d'après ce qu'il dit. Je la trouve dans l'état suivant.

A moitié assise dans son lit, elle s'agite beaucoup, se cramponne à ses parents ; la dyspnée est intense, il est difficile de compter le nombre des respirations qui en tous cas, dépasse 80 par minutes. La respiration est bruyante, la toux très rauque, mais il n'y a pas de changement marqué de la voix. A l'auscultation l'air pénètre bien dans les bronches, mais le murmure vésiculaire est très faible ; on ne constate que peu ou pas de râles ; le pouls est incomptable. Cyanose marquée sur les joues ; le nez et les lèvres ont une teinte pâle. L'éruption rubéolique a beaucoup pâli. Température 41 degrés. Langue blanche, pharynx congestionné.

En présence de ce tableau plus qu'inquiétant, et me conformant à la pratique de West, je place 2 sangsues à la base de la poitrine ; les jambes de l'enfant sont entourées de linges chauds vinaigrés. Vers minuit, n'obtenant que peu d'amélioration, je fais une application de ventouse sèches.

Dans la nuit, l'agitation diminue pour faire place à une grande faiblesse ; si on essaie d'asseoir l'enfant, la tête retombe de côté et d'autre.

Le lendemain matin, dyspnée toujours intense ; même signes à l'auscultation ; bains sinapisés le soir ; l'éruption se prononce, et la nuit est un peu meilleure.

Le surlendemain, amélioration manifeste ; éruption bien marquée. L'enfant reconnaît bien son entourage, lui parle ; à l'auscultation peu de râles. La température diminue et deux jours après, l'enfant entrait en convalescence ; c'est alors seulement que s'est manifestée une légère bronchite.

OBSERVATION IV (Hunter)

*Hyperpyxia in a case of measles treated
with cold pack; recovery*

Le 7 mars 1898, je fus appelé à voir R. B... âgé de 18 mois : je le trouvai au lit avec les symptômes du début de la rougeole et une température de 107°F (41°5 C.). Après un bain tiède, on l'enveloppa dans des couvertures chaudes, et on le mit au lit. Je lui prescrivis une potion antifebrile. Deux heures plus tard, sa température était de 103°F (39°5), l'éruption apparaissait à la face et à la poitrine. Pendant les quarante-huit heures suivantes, il demeura dans un état stationnaire. L'éruption était très discrète et le malade très agité.

L'après-midi du 11 mars, je fus appelé précipitamment. Je trouvai le malade inconscient, pupilles contractées, température à 110°F (43°), éruption disparue, pouls faible, congestion extrême des poumons. Je lui fis prendre de l'alcool. De plus, enveloppements froids, fréquemment renouvelés. Le traitement fut continué trois quarts d'heure jusqu'à ce que le thermomètre axillaire fut descendu à 107°F (41°5) : à ce moment, on mit le malade dans des couvertures chaudes. Des convulsions survinrent alors : je lui administrai chloral, quinine et bromure de potassium. Il eut de nouveau plusieurs crises pendant la nuit, mais dormit dans les intervalles. L'éruption réapparue après l'enveloppement froid, demeura sortie pendant deux jours et la température oscilla entre 102°F (39°) et 104°F (40°). A partir de ce moment, il s'achemina graduellement vers la convalescence.

OBSERVATION V (Oddo et Sauvan)

*Un cas d'hyperthermie au cours d'une rougeole
ne présentant aucune complication apparente*

Le 4 février entre à l'infirmerie des Enfants, à Sainte-Marguerite, le jeune Ange Giordano âgé de 2 ans. Sa température est de 39°1. Ses yeux sont rouges, larmoyants ; de temps à autre,

il présente quelques quintes de toux sèche. Etant donnée la notion d'épidémicité, l'enfant est isolé, et le lendemain matin l'éruption se produit; la température monte à 40 degrés.

Deux jours après, l'éruption pâlit, mais la température reste aux environs de 39 degrés, bien que l'examen des divers organes ne révèle rien de particulier.

Le 8 février dans l'après-midi, nous sommes appelés auprès de l'enfant pour constater une température peu habituelle de 42°5.

Le petit malade est en ce moment très agité, délirant, il pousse de petits cris plaintifs et présente un certain degré de raideur de la nuque; le ventre est souple; l'attitude de l'enfant est normale; l'auscultation ne révèle aucun signe particulier.

Une demi-heure après, la température était tombée à 39°2 pour descendre lentement les jours suivants jusqu'à la normale.

OBSERVATION VI (Taillens)

Un cas d'hyperthermie due à la rougeole

Henri C..., âgé de 5 ans.

Hérédité normale. A part de rares accidents d'embarras gastrique, l'enfant a jusqu'à présent joui d'une santé parfaite.

Je vois le petit malade qui tousse depuis quelques jours, le 17 janvier 1908, une dizaine de jours après que son frère aîné a eu la rougeole.

A l'examen objectif, je constate déjà la présence de l'exanthème buccal caractéristique; autour des oreilles se trouvent quelques tout petits points rouges, premiers indices de l'exanthème. La gorge est rouge, mais ne présente rien de spécial; pas de catarrhe bronchique perceptible à l'auscultation.

Je prescris alors le traitement d'une rougeole normale : bains d'amidon, fréquents lavages de la bouche et des yeux, désinfection du nez et du pharynx à l'huile mentholée et résorcinée, purgation à l'huile de ricin, diète hydrique pendant deux jours.

L'éruption s'accroît peu à peu, mais pousse surtout fortement pendant la nuit du 18 au 19 : elle forme au visage les

papules rouges typiques séparées par de la peau normale; quelques rares taches au tronc.

La marche de la maladie ne présente rien de particulier jusqu'au soir du 19 janvier.

Le 19 au soir, l'enfant commence à s'agiter; la température est alors mesurée à plusieurs reprises et on constate de 8 heures à 10 h. 1/2 une montée incessante de la fièvre laquelle atteint à son maximum le chiffre de 43 degrés.

A mesure que la fièvre s'élève, les symptômes généraux s'accroissent. Il y a de la dyspnée et de la tachypnée, de la cyanose avec congestion du visage, des soubresauts tendineux; l'enfant a un délire violent; il crie et se débat avec force; il a des cauchemars terrifiants. Il voit des bêtes dans la chambre. La langue est sèche et rôtie.

A 10 h. 1/2 du soir on donne à l'enfant un bain d'amidon à 34 degrés de vingt à vingt-cinq minutes de durée, bain qu'on répète une heure plus tard. La fièvre fléchit alors, et à minuit elle est descendue à 39°5.

A partir de ce moment... la température descendit en lysis pour redevenir normale le 23 janvier, soit au septième jour de la maladie.

La poussée de l'exanthème a été intense pendant la nuit de cette hyperthermie, car le 20 au matin l'éruption était absolument confluyente au visage, au cou, aux épaules et à la partie supérieure du thorax; sur ces régions, elle ne formait qu'un seul et immense placard rouge, alors que sur le reste du corps on pouvait distinguer les papules habituelles de la rougeole séparées par des espaces de peau saine.

Pendant la maladie et la convalescence, il n'y eut pas la moindre complication; cette hyperthermie est donc bien due à la rougeole et non à une infection secondaire.

Un frère du malade, âgé de huit ans, et une sœur âgée de trois ans furent atteints de la même affection, l'un avant et l'autre après le petit malade dont il est ici question, et présentèrent tous deux une rougeole ordinaire, normale.

J'ajoute que le thermomètre était vérifié et fut dans la suite reconnu exact.

OBSERVATION VII (Baldini)

Un cas d'hyperthermie sans complication apparente

Le 19 juin 1910 nous sommes appelés auprès de l'enfant R... âgé de onze ans. Il y a deux ou trois jours que l'enfant tousse et qu'il est fiévreux.

Catarrhe oculo-nasal. Toux férine. Gorge un peu rouge. Quelques ganglions angulo-maxillaires.

Pas d'éruption.

Température 38°2 (axillaire).

A l'auscultation, gros râles muqueux disséminés.

Le lendemain, éruption caractéristique de la rougeole à la face et au cou. Température 39°6 le soir à 9 heures et demie.

Le 21 juin, l'éruption est généralisée, très intense. La mère attire notre attention sur la température qui atteint 40 degrés. Un examen attentif des différents organes ne nous révèle rien de spécial et qui puisse expliquer cette hyperthermie. D'ailleurs l'état général est remarquablement bon. La langue n'est pas sèche. L'enfant, quoique abattu, comprend ce qu'on lui dit et répond aux questions qu'on lui pose. Il ne se plaint que « d'avoir chaud », et d'un peu de céphalée.

Le soir à 6 heures et demie, la température atteint 41°3 axillaire. Croyant à une erreur de la mère du petit malade, je prends la température moi-même dans l'aisselle, puis entre les jambes, avec le thermomètre de la famille, puis avec le mien. Les températures concordent exactement.

L'enfant ayant un caractère difficile, nous ne prenons pas la température rectale et nous faisons à nouveau un examen approfondi des différents appareils. L'éruption généralisée est intense. Il n'y a pas de symptômes d'otite ; pas de bronchopneumonie. Il n'y a d'ailleurs même pas de bronchite.

L'adénopathie angulo-maxillaire n'a pas augmenté. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée. Les reins fonctionnent. La langue est humide.

Devant l'impossibilité de donner des bains ou de faire des enveloppements humides, nous remplaçons le chlorhydrate de quinine que nous avons donné jusqu'à présent par de la cryogénine (1 gr. en cinq prises).

Le lendemain matin, la température est à 36°2 à huit heures et demie. L'enfant a eu des transpirations abondantes à partir de quatre heures du matin. L'éruption pâlit à la face.

L'affection a ensuite évolué normalement.

OBSERVATION VIII (M. Darré)

Une fillette de 12 ans, dont la sœur vient de faire la rougeole, est prise d'un léger mouvement fébrile avec catarrhe des premières voies. Tout à coup, au deuxième jour de la maladie, apparaît au syndrome abdominal d'allure redoutable : douleurs abdominales, ventre rétracté, état nauséux, tachycardie extrême avec hypotension telle que la pression ne peut être mesurée ; ligne blanche de Sergent ; asthénie considérable. Le facies prend le type péritonéal, face pâle, yeux excavés, nez pincé. Des taches purpuriques apparaissent sur les joues. Les extrémités sont froides et cyanosées, l'anurie complète, la température au-dessous de la normale. C'est l'aspect d'une appendicite hypertoxique ou d'une insuffisances surrénale suraiguë. Le collapsus semble imminent et l'on redoute une issue rapidement fatale, quand au bout de douze heures, sous l'influence d'injections d'adrénaline, d'éther, d'huile camphrée, on voit tout à coup ce syndrome solaire disparaître brusquement ; la rougeole reprend son évolution normale ; l'éruption sort bien au quatrième jour, et la guérison se fait aussi rapidement que dans les formes les plus bénignes de la maladie.

OBSERVATION IX (M. Darré)

Un jeune garçon de 10 ans est pris d'une rougeole d'intensité moyenne. La période d'invasion se fait normalement ; l'éruption sort, vivement fleurie, au cinquième jour de la maladie. Vingt quatre heures après le début de l'éruption apparaissent tout à coup, la nuit, des symptômes menaçants : l'éruption rentre, la température monte à 40°5, puis survient une dyspnée suffocante (80 respirations par minutes) avec angoisse, cyanose et refroidissement des extrémités, pouls à 160 ; l'auscultation

reste muette. On pense à une bronchite capillaire, à une granule à forme suffocante, à une rougeole maligne à forme suffocante. Au bout de vingt-quatre heures, sous l'influence de grands enveloppements sinapisés, de bains chauds, d'injections éthéro-camphrées, tous les signes graves disparaissent brusquement, en même temps que l'éruption reparaît intense et se généralise. La rougeole évolue ensuite normalement et la guérison est extrêmement rapide comme dans une forme régulière.

OBSERVATION X (M. Darré)

Une jeune fille de 20 ans fait une rougeole normale, d'intensité moyenne. L'invasion est régulière, l'éruption sort bien au cinquième jour. Trois jours plus tard, alors que la température a déjà commencé à descendre, apparaissent tout à coup des accidents nerveux dramatiques : céphalée extrême, délire violent et continu de parole et d'action nécessitant l'emploi de liens immobilisants. En même temps, l'éruption pâlit et rentre, la température dépasse 41 degrés, le pouls est à 140, la respiration très rapide, les urines se suppriment. En huit heures les accidents disparaissent tout à coup complètement sous l'influence de bains et d'enveloppements sinapisés : l'éruption reparaît la température tombe, et le lendemain, la guérison est complète comme dans la rougeole la plus banale.

OBSERVATION XI (M. Darré)

Une fillette de 5 ans est prise le 2 mai, de fièvre légère avec catarrhe des muqueuses ; le 3, on constate le signe de Koplik ; le 4, l'éruption sort à la face ; il s'agit d'une rougeole de moyenne intensité avec éruption assez forte ; température ne dépassant pas 40 degrés. Le 6, troisième jour de l'éruption qui est vivement fleurie sur tout le corps, apparaît tout à coup de l'agitation, des cris incessants sans autre phénomène nerveux, et sans réaction méningée. En même temps se montre une violente dyspnée (70 respirations par minute) : l'auscultation

montre seulement des signes de bronchite de moyenne intensité. On craint le début d'une broncho-pneumonie ; mais dès le lendemain tout est rentré dans l'ordre après un grand enveloppement sinapisé, suivi de bain ; la température est normale le 8 mai et la guérison complète sans aucune complication. L'épisode malin qui a duré quatorze heures environ s'est caractérisé en outre par une réascension thermique à 40 degrés avec pouls rapide (160 pulsations).

OBSERVATION XII (Darré)

Une enfant de 8 ans est prise brusquement le 19 janvier 1913 de fièvre avec phénomènes généraux. La température atteint d'emblée 40 degrés. La gorge est très rouge : on pense à une poussée d'adénoïdite aiguë. Le 20, la situation s'aggrave : la température qui était tombée à 37°5 le matin, remonte à 40 degrés le soir. Le pouls bat à 140 pulsations par minute ; il y a de l'abattement et presque du tymphos. On constate une angine pultacée. Quelques râles disséminés dans les deux poumons. Le 21, la situation reste stationnaire : température 37°7 le matin, 40 degrés le soir ; on constate de l'herpès labial : on pense à une infection pneumococcique avec foyer central. Le 22 l'état est alarmant : température 41 degrés le matin et le soir ; pouls 170 ; respiration 60 par minute ; abattement, asthénie extrême, état typhoïde ; pas de délire, ni de phénomènes ataxiques ; pouls mou, hypotendu fortement ; dyspnée toxique ; peu d'urines. On pense à une septicémie de pronostic grave.

Le 23 l'état reste toujours très grave ; cependant la température est moins haute (39°7) ; mais la dyspnée, l'hypotension, l'état typhoïde, le facies blafard et plombé fait toujours craindre une mauvaise issue.

Le 24, apparaît à la face une éruption de rougeole : la température n'est plus que de 39°2, le pouls est à 150, la respiration à 40 degrés. L'état général s'améliore.

Le 25, la rougeole sort bien. Température 39 degrés le matin, 38°9 le soir. Pouls 130 ; état général extrêmement amélioré : on a l'impression d'une rougeole banale.

Le 26, la température est à 37°9 le matin, 37°2 le soir ; l'éruption pâlit déjà à la face.

Le 27, la température est normale : 37 degrés le matin, 37°5 le soir. La convalescence est troublée par une otite gauche, mais sans retentissement sur l'état général.

Nous constatons que ces douze cas d'épisodes malins surviennent chez des *sujets* des deux sexes et d'âges différents, depuis le nourrisson de dix-huit mois jusqu'à la malade de seize ans et demi. Ces faits ne semblent pas dépendre de la nature du germe : le génie épidémique des anciens auteurs n'a pas d'influence sur leur production. Nous voyons dans l'observation de Tailens, qu'un frère du malade ayant fait un épisode malin, a été atteint une dizaine de jours avant lui d'une rougeole normale ayant évolué normalement ; la sœur du même malade a eu, après lui, une rougeole normale. Même remarque peut être faite dans le cas rapporté par Thomas où un frère aîné a eu, vingt jours auparavant, une rougeole normale. Enfin, dans l'observation VIII de M. Darré, la jeune fille ayant présenté un syndrome abdominal avait une sœur, à peine guérie elle-même de la rougeole. Il semble donc que la nature du germe ne doive pas être en cause dans la production des épisodes malins.

Cependant M. Darré rapporte que plusieurs de ses observations touchent des membres de la même famille : frère et sœur ont été atteints d'épisode malin à forme dyspnéique (obs. IX et XI) ; il s'agit encore de deux sœurs dans les observations VIII et XII. Y aurait-il une prédisposition familiale, héréditaire, par exemple une susceptibilité particulière des glandes à sécrétion interne, qui les rendraient plus sensibles à l'action du virus morbillieux ?...

Quand a lieu le *début* du syndrome malin ? A quel moment se place-t-il dans l'évolution de la rougeole ? Parmi nos 12 cas, quatre épisodes malins ont débuté dès

le premier jour de l'éruption ; deux ont commencé le deuxième jour de l'éruption ; trois, le troisième jour ; un, le quatrième jour. Dans un cas, la malignité a débuté en même temps que la maladie. Enfin dans un dernier cas, le syndrome malin s'est manifesté avant l'apparition de l'exanthème, au dernier jour de la période d'invasion.

Le début est inattendu. Il n'y a pas dans nos observations de prodromes permettant de prévoir l'épisode malin. On note bien cependant quelques particularités. Le malade de Thomas aurait subi un refroidissement alors que l'éruption était déjà sortie et que, malgré un peu de dyspnée non en rapport avec les phénomènes d'auscultation (quelques râles de bronchite disséminés), l'évolution était normale. Dans une observation de Dieulafoy, une éruption morbilliforme a précédé la rougeole. Mais tous les auteurs insistent sur ce fait que la rougeole s'annonce normale. Il n'y a pas de prodromes. Le terrain est normal aussi, et tout porte à croire que la rougeole va évoluer régulièrement et se montrer bénigne, quand brusquement la malignité apparaît. Aucune observation ne parle de début progressif (la malignité débute avec la maladie dans l'observation XII de M. Darré). La soudaineté des accidents et leur caractère inattendu contribuent à dramatiser l'incident. Ce début est tout différent de la forme maligne classique où la malignité débute avec la maladie.

Une fois apparu, *comment se caractérise l'épisode malin ?* Si nous nous en rapportons à nos observations, nous voyons qu'en majorité, dans 8 cas, nous avons sous les yeux le tableau d'une forme ataxo-adynamique ; dans un cas, une forme avec collapsus et syndrome solaire, syndrome malin d'hypotension porté à son plus haut degré ; dans 3 cas, nous avons une forme dyspnéique. En rapprochant ces formes cliniques

des rougeoles malignes, on voit que les épisodes malins revêtent le même aspect clinique que les rougeoles malignes ataxo-adiynamiques et dyspnéiques.

Le premier groupe d'épisodes, le plus important (celui dont dépendent les deux observations de Dieulafoy, celles de Hunter, Oddo et Sauvan, Taillens, Baldini et les observations X et XII de M. Darré) peut être classé sous l'étiquette ataxo-adiynamique. Les phénomènes généraux sont graves : la température est élevée, monte et dépasse 41 degrés; le pouls est rapide, petit, et la pression artérielle est extrêmement basse; la respiration est accélérée; c'est une dyspnée toxique. Les urines sont rares : il y a presque de l'anurie. La langue est sèche. Des soubresauts tendineux agitent le malade. Des phénomènes nerveux apparaissent : délire, agitation et perte de connaissance dans le cas de Hunter. Nous verrons plus loin quel est l'état de l'éruption. Mais quoi qu'il en soit, ce tableau est bien celui d'une forme ataxo-adiynamique. Nous excepterons cependant le cas rapporté par Baldini, qui se borne à une crise hyperthermique simple avec une conservation d'un bon état général.

Nous rapprochons de ce groupe d'épisodes ataxo-adiynamiques, l'observation VIII de M. Darré où le syndrome malin d'hypotension est porté à un degré extrême. L'hypotension considérable avec tendance au collapsus, symptôme fondamental des formes malignes, est ici particulièrement intense. On y trouve tout le syndrome solaire : douleurs abdominales, nausées, vomissements, tachycardie extrême avec hypotension, ligne blanche de Sergent, asthénie considérable. Le malade a le facies péritonéal typique : face pâle, yeux excavés, nez pincé. Le ventre est rétracté. Le tableau est celui d'une insuffisance surrénale suraiguë, et la tendance du malade au collapsus fait redouter une

issue fatale. Tout ce syndrome abdominal disparaît à l'apparition de l'éruption qui se fit au quatrième jour.

Trois observations (observation de Thomas, obs. IX et XI de M. Darré) groupent des formes dyspnéiques. Celles-ci sont en tout comparables (à part leur début et leur terminaison) à la forme *suffocante* de la rougeole maligne. Même tachypnée atteignant 70, 80 respirations par minute et davantage dit Thomas dans son observation. Cette dyspnée est telle qu'elle fait penser à une broncho-pneumonie, à une bronchite capillaire, ou à une granulie pulmonaire. Mais à l'auscultation, aucun signe stéthoscopique capable d'expliquer pareille dyspnée. Comme dans la forme *suffocante* de la rougeole maligne, même cyanose, mêmes phénomènes généraux graves : pouls rapide et température élevée.

Dans les rougeoles malignes, l'éruption s'atténue jusqu'à *s'effacer*. En est-il de même dans les épisodes malins ? Dans la plupart des cas, *l'exanthème* pâlit et disparaît. L'observation de Hunter, la deuxième et la troisième de M. Darré enregistrent une disparition complète de l'éruption. Mais il est des cas où celle-ci ne fait que pâlir. Ainsi en est-il pour la première observation de Dieulafoy, celle de Thomas, et celle d'Oddo et Sauvan. Pour ce dernier cas, nous devons ajouter que le début de l'épisode malin se place au troisième jour de l'exanthème et que déjà celui-ci commence à pâlir. Une fois l'épisode terminé et la rougeole redevenue normale, l'éruption apparaît à nouveau, on augmente si elle n'avait que pâli : elle signe le retour à la bénignité.

Par contre, trois fois (observation II de Dieulafoy, observations de Taillens, de Baldini), l'exanthème, loin de s'atténuer, subit une poussée. Il se généralise, devient intense. Dans le cas de Taillens, la poussée est intense à la partie supérieure du corps et normale à la

partie inférieure. Ces faits sont à constater : ils ne cadrent évidemment pas avec la règle observée dans les rougeoles malignes.

L'éruption peut aussi n'être pas influencée par l'épisode malin : c'est le cas des observations VIII, XI et XII de M. Darré. Mais ici, au moins dans deux des cas, le syndrome s'est produit pendant la période d'invasion, avant l'apparition de l'exanthème.

Tels sont les symptômes observés. Ceux-ci durent un temps variable. La crise maligne peut être courte : elle n'a pas dépassé une heure dans le cas cité par Oddo. Elle peut durer davantage, et l'observation I de Dieulafoy montre qu'elle a duré trois jours. Dans l'ensemble, et en exceptant l'observation XII de M. Darré dont l'allure clinique diffère un peu des autres épisodes malins, on constate une *durée* moyenne de vingt-quatre heures environ.

La durée du syndrome malin n'a pas d'influence sur son *mode de terminaison*. Celui-ci est caractéristique comme le début. Au moment où les symptômes semblent évoluer vers une issue fatale, brusquement la crise tourne court, la rougeole redevient normale, le malade entre en convalescence. Cette évolution est bien différente de celle des rougeoles malignes. La mort y est la règle, et dans les cas peu nombreux où la guérison survient, la défervescence est progressive et lente.

Cette différence qui sépare les épisodes des formes malignes, se prolonge dans la *convalescence*. La forme maligne a une convalescence traînante : le malade, profondément atteint, se remet difficilement. Au contraire, du moment où l'épisode malin a cessé son évolution, la rougeole reprend son caractère normal, et la convalescence est essentiellement bénigne, très rapide. Comme le montrent toutes les observations citées, la

guérison se fait complète, comme dans la rougeole la plus banale.

Pronostic. — La connaissance des épisodes malins a son importance au point de vue du pronostic. En présence de l'aggravation subite d'une rougeole, le médecin ne se hâtera pas de déclarer à l'entourage que la maladie évolue vers une terminaison fatale. Malgré l'état alarmant du sujet, la brusquerie du début peut autoriser à espérer qu'il s'agit, non d'une forme maligne véritable, mais seulement d'un épisode malin. Il est donc utile de réserver son pronostic pendant un certain temps. Quelquefois le médecin peut avoir la satisfaction de constater l'évanouissement subit des accidents et le retour à une évolution normale : il vient de constater, non une rougeole maligne, mais seulement un épisode malin.

Pathogénie. — Les anciens auteurs, restant dans l'incertitude au sujet de la pathogénie de la malignité, l'attribuaient à quelque chose d'obscur, de « divin », *quid divinum*. Les conceptions récentes varient encore ; et la question n'est pas définitivement établie.

On peut considérer, comme Hutinel, que la suppression fonctionnelle complète ou incomplète d'un ou de plusieurs organes ou fonctions, est la cause essentielle de la malignité. Ces organes sont les glandes vasculaires sanguines, la thyroïde, surtout les surrénales, les reins, le cœur, les glandes digestives, le système nerveux central, le système vago-sympathique. L'absence totale ou partielle du fonctionnement de ces organes nuit à la défense heureuse de l'organisme contre le virus morbilleux : la phagocytose est entravée, les anticorps sont produits insuffisamment. La défense est compromise, et le germe pathogène mal combattu, donne à l'infection une allure maligne. Il faut ajouter que les méiopragies fonctionnelles acquises (lésions

syphilitiques, tuberculeuses ou autres...) ou héréditaires (débilité rénale, surrénale...) favorisent l'apparition de la malignité en créant des points faibles dans l'organisme. Et c'est pourquoi, au cours de la même épidémie, certains sujets prédisposés seraient plus exposés que d'autres aux formes malignes.

Telle est une pathogénie qu'on peut invoquer pour expliquer les formes malignes. Les épisodes malins relèvent-ils, eux aussi, de la même explication ? Ils ont en effet, par leur allure, leurs symptômes, sauf par leur évolution, un aspect qui simule les véritables formes malignes. Il semble donc, a priori, qu'on puisse leur attribuer la même pathogénie.

On a donné d'autres causes à la malignité. Les désordres nerveux (délire, agitation...), les symptômes graves des épisodes malins seraient attribués à l'hyperthermie : elle seule suffirait à engendrer les troubles nerveux. Toutefois, et en admettant que l'hyperthermie puisse provoquer l'apparition du syndrome malin, cette proposition ne résout pas le problème ; elle ne fait que le reculer : pourquoi y a-t-il hyperthermie ?

On a pensé encore que la disparition de l'éruption pouvait être cause de la malignité. L'association des deux faits, la rentrée de l'éruption et l'apparition du syndrome malin, a fait penser que la disparition de l'exanthème pouvait causer la malignité. C'est là, confondre cause et effet. L'effacement des éléments éruptifs semble simplement effet, et nous avons cité plusieurs observations d'épisodes malins au cours desquels l'éruption n'a pas disparu.

En réalité, pour expliquer les épisodes malins, l'hypothèse d'une insuffisance importante d'une grande fonction de l'organisme est bien celle qui cadre le mieux avec notre conception actuelle de la malignité. Au lieu, comme dans les formes malignes, d'être durable du

début à la fin de la rougeole, la sidération d'un organe ou d'une fonction par congestion intense, ne serait que passagère. Qu'il s'agisse de glandes vasculaires sanguines, de surrénales, de vago-sympathique, du bulbe... leur défaillance subite ne serait que momentanée, et durerait le temps que dure l'épisode malin lui-même. La rougeole reprendrait son évolution habituelle, dès que la fonction insuffisante redeviendrait normale.

Mais bien que la déficience passagère d'une fonction importante d'une partie du système nerveux central ou vago-sympathique, soit l'explication qui convienne le mieux à notre compréhension de la malignité, cette conception n'a rien de définitif. Il faut remarquer seulement que la thérapeutique en bénéficie, en ayant ainsi une explication rationnelle qu'elle peut mettre à profit dans le traitement de la malignité.

Traitement. — Le traitement du syndrome malin de la rougeole ne diffère pas dans les formes malignes et dans les épisodes malins.

On recourt souvent avec raison à la *révulsion cutanée*, Elle se justifie par le fait d'expérience bien connu que la malignité disparaît avec le retour de l'exanthème. La révulsion cutanée a donc pour but de chercher à faire réapparaître l'éruption. Comment la sortie de celle-ci agit-elle pour produire l'amélioration? La question n'est pas encore élucidée. Mais il est logique de penser qu'il se produit une décongestion des organes et des centres qui, par leur congestion extrême, étaient troublés dans leur fonctionnement essentiel à l'équilibre vital. Du reste, la question du mode d'action de la révulsion cutanée importe peu à la pratique: il suffit que l'expérience en ait montré la valeur. Elle est une arme excellente contre la malignité. Il importe donc de s'en servir.

On pourra employer les *grands enveloppements*

sinapisés d'Heubner. « Le malade est enveloppé dans une alèze imprégné d'une eau de moutarde très concentrée (une livre de farine de moutarde pour un litre d'eau additionnée d'une ou deux cuillerées à soupe d'alcool), depuis le cou jusqu'aux genoux. » Après cette sinapisation intense, soigneusement surveillée pour éviter les brûlures et prolongée jusqu'à rougeur intense de la peau, le malade sera plongé dans un bain chaud à 38° pendant dix minutes. On fera un seul enveloppement chaque jour, et on le répétera, s'il est nécessaire et si l'état de la peau le permet, pendant deux, trois, quatre jours consécutifs.

On peut donner des *bains sinapisés* à 35°, 38°. L'enfant est plongé complètement dans le bain, soutenu par les bras, et il y reste le temps nécessaire pour qu'une rubéfaction suffisante de la peau soit obtenue sur tout le corps. Il est ensuite essuyé rapidement, entouré d'une couverture de laine et remis dans son lit. Dans les cas graves, on peut prescrire deux *bains sinapisés* par jour, un le matin et un le soir.

Intermédiaires entre les *bains sinapisés* et les *bains froids* sont les *bains tièdes* à 35° ou les *bains progressivement refroidis* jusqu'à 32°, répétés deux ou trois fois dans la journée. Certains auteurs les donnent de trois heures en trois heures, jour et nuit, comme dans la méthode de Brand.

Il existe encore *l'hydrothérapie froide*. La vasoconstriction périphérique qu'elle provoque, semblerait devoir augmenter la congestion des centres, cause possible de la malignité. Cependant la balnéation froide a donné à Dieulafoy deux succès thérapeutiques que nous avons rapportés ; Hunter enregistre lui aussi un succès dû aux enveloppements froids. Le mérite de cette thérapeutique n'est donc pas contestable. Mais il semble qu'elle ne soit pas sans inconvénients chez

des malades très hypotendus et en imminence de syncope. Il faut être prudent, et ne pas accélérer par les bains froids la tendance trop marquée déjà vers le collapsus. Le malade sera surveillé : un quart d'heure avant le bain, on pourra pratiquer une injection d'adrénaline, de spartéine ou d'huile éthéro-camphrée.

Tel est le traitement anti-infectieux général qu'on emploiera en première ligne. Nous ne faisons que citer la *thérapeutique colloïdoclasique* qu'il faut employer avec prudence, et la *thérapeutique spécifique* par injection de sérum de convalescents. Cette dernière méthode, très rationnelle, donne parfois de très beaux succès, mais est difficile à mettre en pratique en toutes circonstances.

Reste la médication symptomatique.

Le *bromure*, le *chloral* en potion ou mieux en lavement, trouvent des indications dans les formes ataxiques.

Dans la forme adynamique, l'*adrénaline* est indiquée. Il faut donner des fortes doses, jusqu'à 4 milligrammes par jour chez l'adulte, en doses fractionnées de $1/4$ ou $1/2$ milligramme, soit par voie buccale, rectale ou intramusculaire, mais en évitant la voie intra-veineuse dangereuse. L'emploi de l'adrénaline sera prolongé pendant six à huit jours jusqu'à ce qu'une franche amélioration soit survenue. Ainsi peut-on lutter contre l'insuffisance surrénale, fréquente dans la genèse de la rougeole maligne.

La forme suffocante est combattue par l'*oxygène*. On l'administre au malade en inhalations ou par voie sous-cutanée, ou même à la fois par ces deux voies différentes. L'acétate d'ammoniaque, l'éther sont prescrits utilement.

Contre l'oligurie, l'anurie, phénomènes traduisant l'insuffisance rénale par congestion, il faut recourir à la révulsion par application de *ventouses carifiées*, aux injections sous-cutanées ou instillations rectales en

goutte à goutte, de *sérum glycosé isotonique* dont on introduit 200 grammes deux ou trois fois par jour. Pas de théobromine, surtout pas de sels de potasse ou tout autre diurétique qui augmenteraient la congestion rénale.

Contre l'insuffisance cardiaque, *l'éther*, la *caféine*, *l'huile éthéro-camphrée* sont utilement employés.

Ainsi on combat la malignité non seulement en luttant contre le virus morbilloux par un traitement anti-infectieux général (révulsion, hydrothérapie, thérapeutique colloïdoclasique, thérapeutique spécifique), mais encore en remédiant aux insuffisances fonctionnelles des organes qui nuisent aux réactions défensives de l'organisme.

IV. — CONCLUSIONS

On observe quelquefois au cours d'une rougeole d'apparence normale des aggravations subites donnant à la maladie l'aspect d'une forme maligne. Cette malignité n'est que passagère. Pendant la crise, on trouve les caractères essentiels de la malignité : 1° existence d'un syndrome malin ; 2° modifications de l'éruption.

Ces épisodes malins au cours de la rougeole ont une évolution caractéristique qui les différencie des formes malignes. Leur début est brusque, imprévu, saisissant le malade au cours d'une rougeole banale. Leur terminaison est aussi soudaine, et la maladie reprend son évolution normale comme si l'épisode malin n'avait pas existé. Tandis que la convalescence est pénible dans les formes malignes, ici elle est facile, rapide, et aucune complication ne la trouble. Enfin, le pronostic des épisodes malins est bon : on ne peut en dire autant des formes malignes, souvent mortelles.

Les observations que nous avons rassemblées groupent des formes cliniques calquées sur les rougeoles malignes classiques : formes ataxo-adiynamiques et forme à collapsus, forme suffocante. Pas de forme hémorragique.

Pathogénie. — La pathogénie de ces accidents reste discutée. On peut incriminer la défaillance passagère et subite du cœur, du bulbe, des glandes surrénales. En réalité, toute insuffisance extrême d'une ou de plusieurs fonctions organiques peut provoquer un trouble

profond de l'équilibre vital, capable de faire apparaitre la malignité.

Traitement. — Il semble très utile d'avoir recours à la révulsion cutanée. En outre : 1° on luttera contre l'infection par un traitement anti-infectieux général (hydrothérapie, thérapeutiques colloïdoclasique et spécifique); 2° on remédiera, par des médications appropriées aux insuffisances fonctionnelles des différents organes : surrénales, reins, cœur.

Vu : le Président de la thèse

NOBÉCOURT

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur d'Académie

P. APPEL

BIBLIOGRAPHIE

- Allison (T. M.).* — Hyperpyrexia in measles (Brit. Med. J. Lond., 1897).
- Baldini.* — Quelques cas anormaux de rougeole (Arch. de Méd. des enfants, 1911).
- Barbier.* — La rougeole, 1894.
- Barnes (E.).* — Hyperpyrexia in measles (Brit. Med. J. London, 1904).
- Bohland (F. J.).* — Eight cases of measles with septic symptoms (Med. rec. N.-Y., 1893).
- Bolognini.* — La pediatria, 1895.
- Bouchard et Brissaud.* — Traité de Médecine.
- Branson.* — Cerebral symptoms in measles (Brit. Med. J. London, 1905).
- Brouardel.* — Leçons sur la rougeole (In Gaz. des Hôp., 1874).
- Brunard.* — Rougeole dyspnéique avec rechute, croup et pneumonie (Clin. Brux., 1901).
- Burgess (J. J.).* — A case of unusually severe measles in an adult
Second attack (Dublin J. M. Sc., 1903).
- Cadet de Gassicourt.* — Traité clinique des Maladies de l'enfance.
- Clary (L. A.).* — Measles a serious disease (J. Kansas M. Soc. Kansas City, Kan., 1912).
- Collet.* — Précis de pathologie interne.
- Comby.* — La rougeole à l'hôpital Trousseau (Soc. Méd. des Hôp., 1895).
- Traité des maladies de l'enfance, 6^e éd., 1920.
- « Compendium ». — Art. rougeole.
- Damian.* — Cas remarquable de rougeole maligne et compliquée suivie de guérison après un long traitement (Arch. de Méd. nat. Paris, 1900).
- Darré.* — Formes malignes de la rougeole et de la scarlatine (Le Médecin français, nov. 1922).
- Denéchau.* — Syndrome de pseudo-méningite tuberculeuse au décours d'une rougeole (Paris méd., 1918).
- D'Espine et Picot.* — Manuel des maladies de l'enfance.
- Dieulafoy.* — Traitement de la rougeole maligne par les bains froids (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1890).

- Dieulafoy.* — Nouveau cas de rougeole maligne traitée par les bains froids (Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1890).
- D'Œlnitz.* — A propos d'un cas de rougeole débutant par des signes abdominaux (Arch. d. Méd. des Enf. Paris, 1910).
- Enriquez.* — Traité de Médecine.
- Fiessinger (Ch.).* — Anomalies et complications de la rougeole (Gaz. méd. de Paris, 1894).
- Gannelon.* — La rougeole aux Enfants-Assistés. Thèse de Paris, 1892.
- Grancher.* — Art. rougeole : traité de Médecine et de Thérapéutique de Brouardel et Gilbert.
- Hunter (R. H. A.).* — Hyperpyrexia in a case of measles treated with cold pack ; recovery (Brit. Med. J. London, 1898).
- Hutinel.* — Maladie des Enfants. Art. : rougeole,
— Archives des Mal. de l'enfance, février et mars 1915.
- Kerrison (P. D.).* — Hemorrhagic measles (Annal Otol., Rhinol., Laryngol. Saint-Louis, 1916).
- Labbé (E.).* — Rougeole grave. In Union médicale, n° 85.
- Lafforgue.* — Balnéothérapie chaude précoce combinée aux injections d'oxygène dans le traitement des rougeoles sévères (Soc. de Méd. mil. franc. Bull. Paris, 1912).
- Lardier.* — Rougeole hémorragique ; strabisme vermineux ; gangrène de la vulve ; rétention d'urine ; guérison. In Gaz des Hôp., 1875.
- Leflaive.* — Revue générale sur la rougeole (Gazette des Hôp., 1891).
- Legrain.* — Th. Paris, 1905.
- Lemierre, Michaux, Limasset.* — Etat méningé avec liquide céphalo-rachidien puriforme au cours d'une rougeole ; particularités de la formule cytologique (Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris, 1917).
- Longin et Camuset (V.).* — Traitement de la rougeole maligne par les injections intraveineuses d'or colloïdal (Presse méd. Paris, 1916).
- Malone.* — A case of hemorrhagic measles (Arch. Pediat. Philad., 1885).
- Marié.* — Rapport particulier sur l'épidémie de rougeole adynamique qui a régné à Callas (Var) en 1858. Draguignan, 1858.
- Moynier.* — Des accidents graves qui surviennent dans le cours des affections rubéoliques et scarlatineuses. Metz, 1860.
- Nicholson (T. G.).* — Purpuric and cerebral symptoms occurring in the defervescence of measles ; two fatal cases (Lancet. London, 1917).
- Oddo et Sauvan.* — Un cas d'hyperthermie au cours d'une rougeole ne présentant aucune complication apparente (Arch. de Méd. des enfants. Paris, 1908).

- O'Shea (H. V.).* — [Malignant measles with report on two recent cases (Practitioner, London, 1919).]
- Pitt (G. N.).* — Case of coma with measles in an adult followed by recovery (Brit. Med. J. London, 1903).
- Pigneron.* — Notes cliniques sur une épidémie de rougeole (Arch. de Méd. d. Enf., 1906).
- Ribadeau-Dumas et Brissaud.* — Un cas de rougeole grave traité par la transfusion du sang citraté d'un rougeoleux guéri (Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris, 1918).
- Rilliet et Barthez.* — Maladies des Enfants, 1884.
- Roett (R. D.).* — A case of hemorrhagic measles (J. Nat. M. Ass. Tuskega. Ala., 1918).
- Roland.* — Rougeole maligne traitée par les bains froids (Poitou médical. Poitiers, 1901).
- Stokes et De Boissière.* — Hyperpyrexia in measles (Brit. Med. J. London, 1904).
- Taillens.* — Un cas d'hyperthermie dû à la rougeole (Arch. méd. Enf., 1909).
- Terrien (E.).* — Rougeole maligne et plasmothérapie (Arch. méd. Enf., 1921).
- Thomas.* — Notes sur la rougeole à forme dyspnéique (Revue méd. de la Suisse romande, 1890).
- Thompson (C.).* — Black measles ; report of a case (Louisville month. M. J. and S., 1913).
- Trousseau.* — Quelques mots sur la rougeole et les éruptions secondaires (Journal de Médecine de Paris, 1843).
- Veit.* — Sur une variété particulière de rougeole hémorragique in Arch. gén. de Méd., 1859.
- Wilson (J. C.).* — A case of malignant measles (Med. News Phila., 1894).

